USMF ”NICOLAE TESTEMIŢANU ”
CATEDRA “URGENŢE MEDICALE”

SINDROMUL CORONARIAN ACUT



Dr. LEV D. CRIVCEANSCHII
D.Ş.M., CONFERENŢIAR UNIVERSITAR



BIBLIOGRAFIE

- Lev D. Crivceanschii. Urgenţe medicale. Ghid practic. Ediţia a VI-a (cartea electronică). Chişinău, 2014 - www.ozonis.md
- Infarctul miocardic acut. Protocol clinic naţional. Chişinău, 2014
- European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes
- Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation (Management of). ESC Clinical Practice Guidelines 2015
- Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation (Management of). ESC Clinical Practice Guidelines 2012



EPIDEMIOLOGIE

- Morbiditatea anuală în SCA constituie 3 la 1000 de populație, letalitatea – 3-5%.
- Conform datelor Comitetutului Național de Statistică din SUA în această țară anual se spitalizează mai mult de 1 milion de bolnavi cu SCA, iar în țările Europene (Franța, Italia, Germania, Spania) - 750.000 bolnavi.



EPIDEMIOLOGIE

- În Republica Moldova în structura solicitărilor către serviciul Asistenței Medicale de Urgență - urgențele cardiovasculare constituie 25,5%, din care 52% sunt majore (critice).
- Ponderea SCA în urgențele cardiovasculare majore constituie 7,1%.



DEFINIŢIE

Sindromul coronarian acut (SCA): reprezintă un spectru de condiţii clinice care au substratul anatomic comun şi se manifestă în două categorii:

- Durerea toracică acută tipică şi elevaţie persistentă a segmentului ST (> 20 min)

- Durerea toracică acută tipică dar fără elevaţie persistentă a segmentului ST. Are loc depresie de segment ST persistentă sau tranzitorie, sau unde T inversate, unde T aplatizate, pseudonormalizare de unda T, sau nu sunt modificări ECG la prezentare

ESC Guidelines, 2011



FACTORII DE RISC AL SCA

- Fumatul
- Stresul profesional
- Sex masculin
- Vârsta înaintată
- Hipercolesterolemie
- Hiperlipidemie
- Hipertensiunea arterială
- Diabetul zaharat
- Accidentul cerebrovascular anterior
- Consumul de metafetamină
- Bolile ereditare
- Dezechilibrele metabolice ereditare



CAUZELE SCA

- Cauzele principale:
  - Placa aterosclerotică (cauză predominantă) şi/sau
  - Spasmul vaselor coronariene

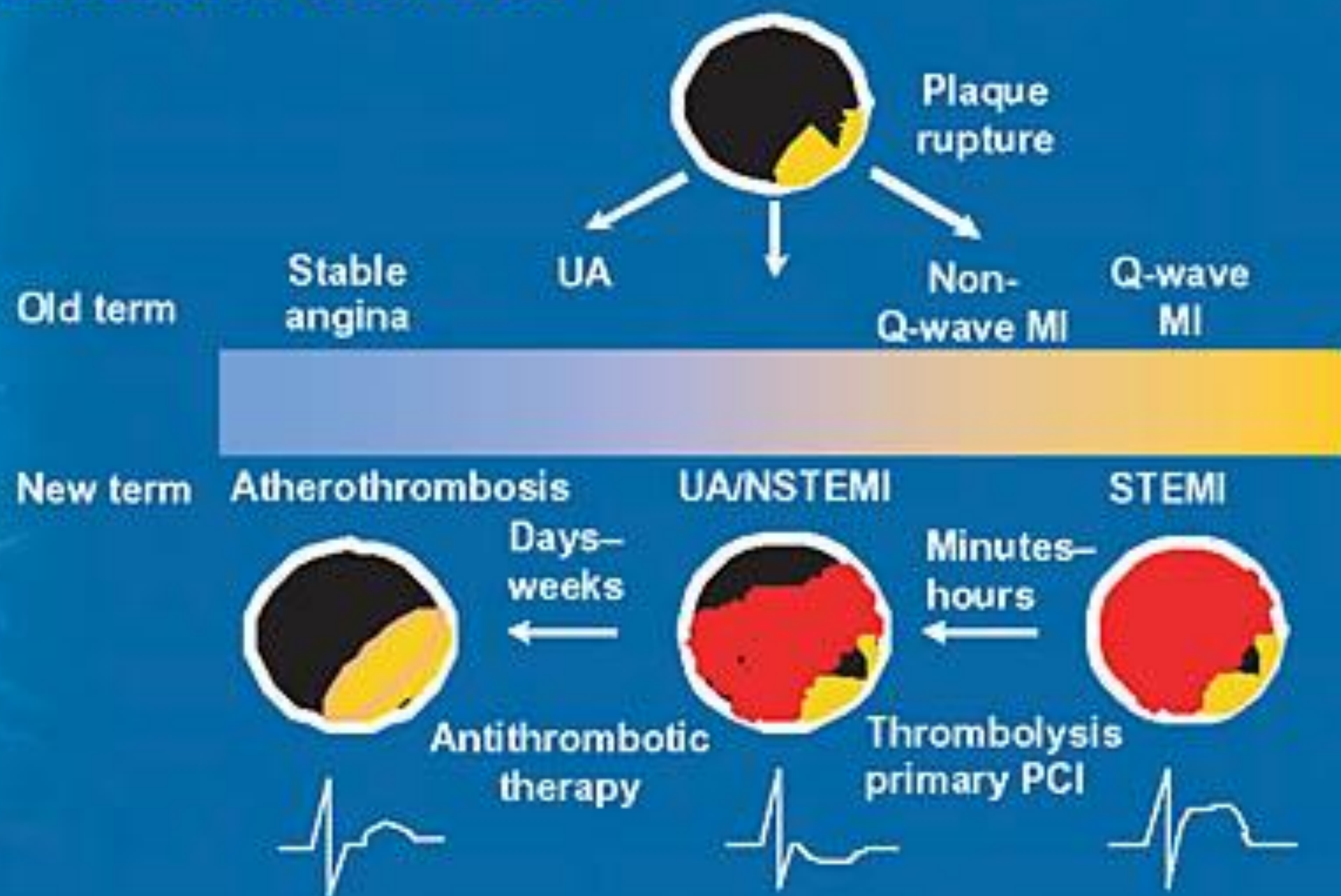
- Cauzele alternative:
  - Hipertrofiea ventriculară cauzată de hipertensiune arterială, boli valvulare sau de cardiomiopatie
  - Hipoxiea cauzată de intoxicaţie cu monoxid de carbon sau de tulburări pulmonare acute
  - Consumul de cocaină şi amfetamină
  - Bolile coronariene secundare anemiei severe
  - Inflamaţia arterei epicardice
  - Disecţia de artera coronariană



PATOFIZIOLOGIE

- Este bine stabilit faptul că sindroamele coronariene acute, în diversele lor forme de prezentare, prezintă un substrat fiziopatologic comun. Constatările patologice, angioscopice şi biologice au demonstrat că mecanismul principal al majorităţii sindroamelor coronariene acute este reprezentat de ruptura sau fisurarea plăcii de aterom, la care se asociază diferite grade de tromboză şi embolizare distală, conducînd la scăderea perfuziei miocardice.

ACS is an Important Manifestation of Atherothrombosis[1]



UA=unstable angina; NSTEMI=non-ST-segment elevation myocardial infarction; PCI=percutaneous coronary intervention

1. Cannon CP. *J Thromb Thrombolysis* 1995; 2: 205–218



Patient with clinical signs and symptoms of ACS

12 - lead ECG

ST- Elevation
≥0.1 mV in ≥2 adjacent limb leads and/or ≥0.2 mV in ≥2adjacent chest leads or (presumably) new LBBB

Other ECG changes
(or even normal ECG)

= NSTEMI if c troponin* positive

= UAP if c troponin* remains negative

STEMI

non-STEMI ACS

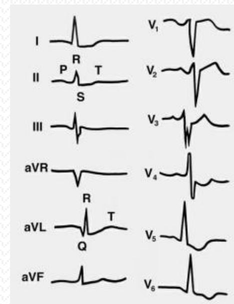
High risk
- dynamic ECG changes
- ST-depression
- haemodynamic/rhythm instability
- diabetes mellitus
- high-risk scores (TIMI, GRACE)

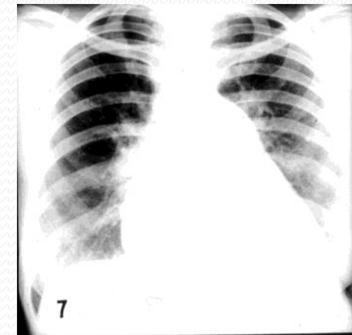
** hs c troponin is preferred because of higher sensitivity*



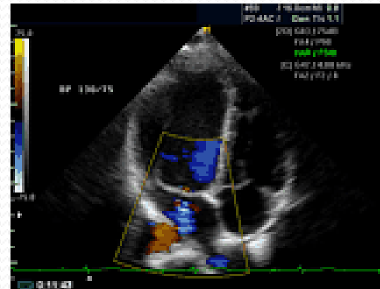
DIAGNOSTICARE



















PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Istorie medicală:**
  - Verificarea etiologiei:
    - Vîrstă în etate, sex masculin
    - Prezenţa aterosclerozei confirmate în teritoriu non-coronariană: ex. boli arteriilor periferice sau carotidă
    - Diabetul zaharat
    - Insuficienţa renală
    - Infarct miocardic vechi
    - Angioplastia coronariană transluminală percutanată (PCI)
    - Chirurgia prin by-pass aortocoronarian (CABG)



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Manifestările clinice tipice:**
  - Durerea toracică prelungită (peste 20 min) în repaus (80%)
  - Angina pectorală de novo (clasele II și III după clasificarea Societății Cardiologilor din Canada)
  - Angina pectorală crescendo (agravarea anginei pectorale stabile în clasa III după clasificarea Societății Cardiologilor din Canada)
  - Angina post-infarct miocardic



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

Acuzele

- **durerea toracică** anterioară intensă, cu caracter de presiune, arsură, greutate, strângere











PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

Acuzele

- durerea poate iradia către:
  - umăr
  - braţe
  - gât
  - abdomen superior

Usual distribution of pain with myocardial ischemia

Right side

Jaw

Epigastrium

Back

Less common sites of pain with myocardial ischemia



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Manifestările clinice atipice:**
  - durerile în epigastru
  - sindromul dispeptic recent instalat
  - durerea toracică cu caracter de înţepătură
  - durerea toracică de tip pleuritic
  - dispnea progresivă



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

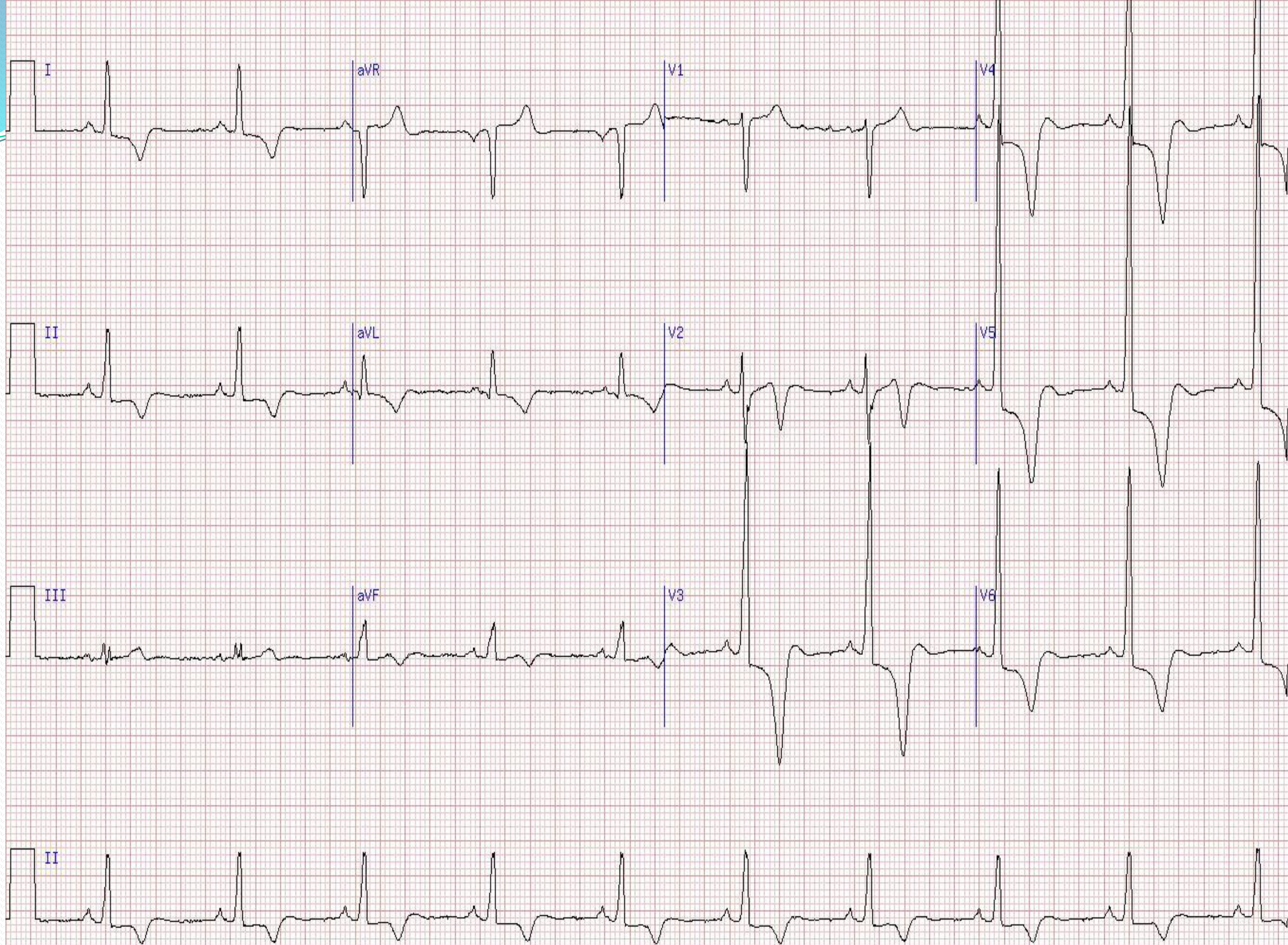
Examenul clinic obiectiv

- Agitaţia psihomotorie
- Tegumentele palide
- Respiraţia normală sau tahipnea peste 30/min (în caz de edem pulmonar acut)
- Pulsul normal sau aritmic
- TA normală sau hipotensiunea arterială severă (în caz de şoc cardiogen), sau hipertensiunea arterială severă (în caz de urgenţă hipertensivă extremă)
- Zgomotele cardiace asurzite



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Explorările paraclinice**
  - **ECG**
    - Depresia segmentului ST în 2 sau mai mult derivaţii învecinate :
      - ≥ 0,5 mm (0,05 mV) – risc minor
      - ≥ 1 mm (0,1 mV) – risc intermediar
      - ≥ 2 mm (0,2 mV) asociat cu elevaţie tranzitorie a segmentului ST– risc înalt
    - Depresia segmentului ST asociată cu inversia undei T > 1 mm (> 0,1 mV) în derivaţiile cu predominent R
    - Inversia izolată a undei T > 1 mm (> 0,1 mV) în derivaţiile cu predominent R

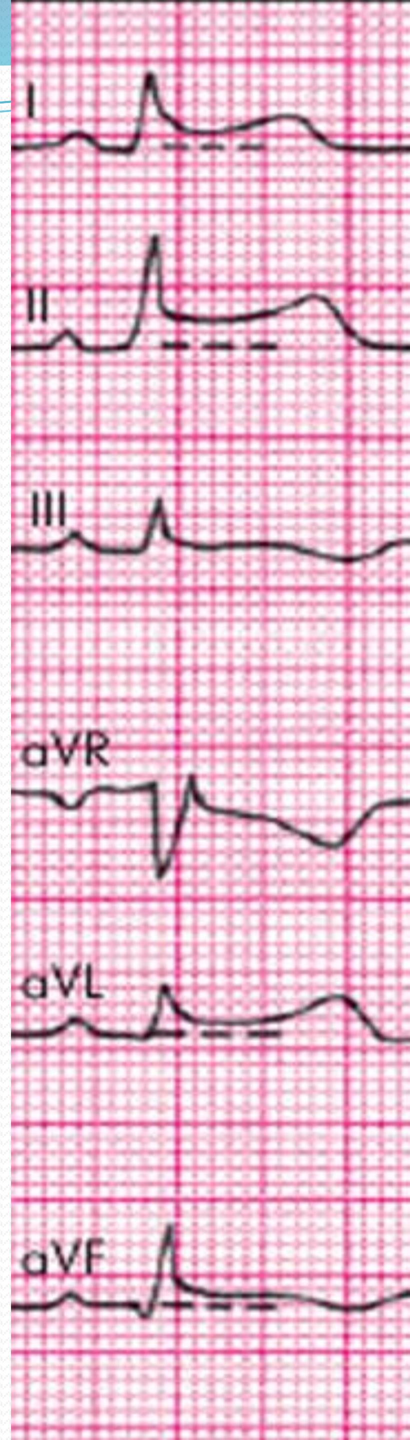

I
aVR
V1
V4
II
aVL
V2
V5
III
aVF
V3
V6
II



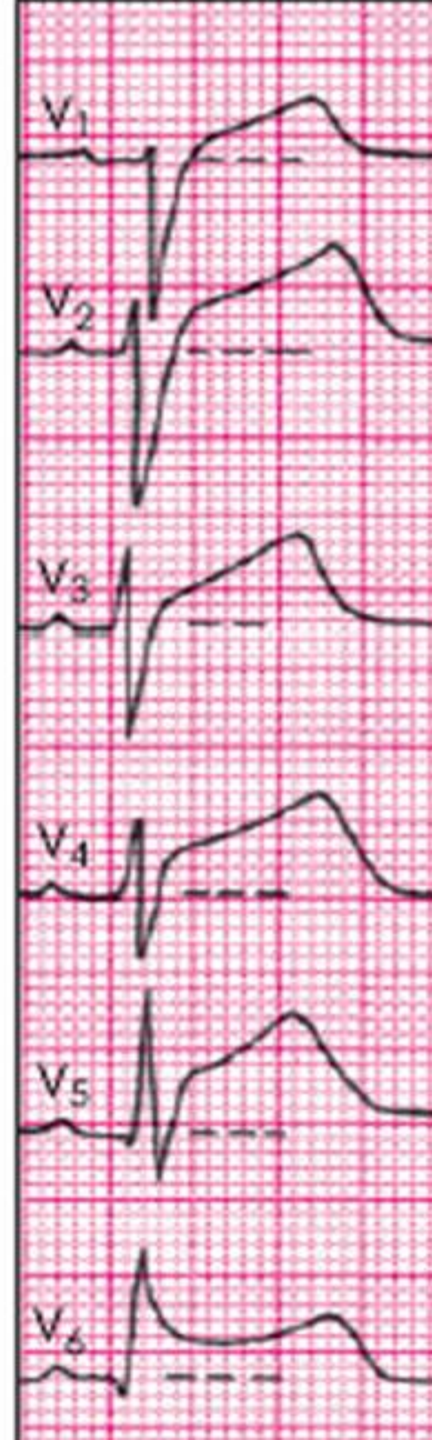
PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Explorările paraclinice:**
  - **ECG**
    - Elevaţie nou apărută a segmentului ST în două sau mai mult derivaţii învecinate: în derivaţiile V_2-V_3: *la bărbaţi* ≥ 2 mm 0,2 mV şi *la femei* ≥ 1,5 mm (0,15) mV şi/sau ≥ 1 mm (0,1) mV în alte derivaţii

- **Notă:** ECG, 12-derivaţii de repaus este metodă instrumentală de prima-linie în evaluare pacienţilor suspectaţi de SCA. ECG se inregistrează peste 10 min după primul contact medical şi se repetă peste 6-9 şi 24 ore.
- ECG complet normală nu exclude posibilitate a existenţei unui SCA. În cazul dat suplimentar se înscrie ECG în derivațiile V_7-V_9 și V_{3R}-V_{4R}



I
II
III
aVR
aVL
aVF



V1
V2
V3
V4
V5
V6



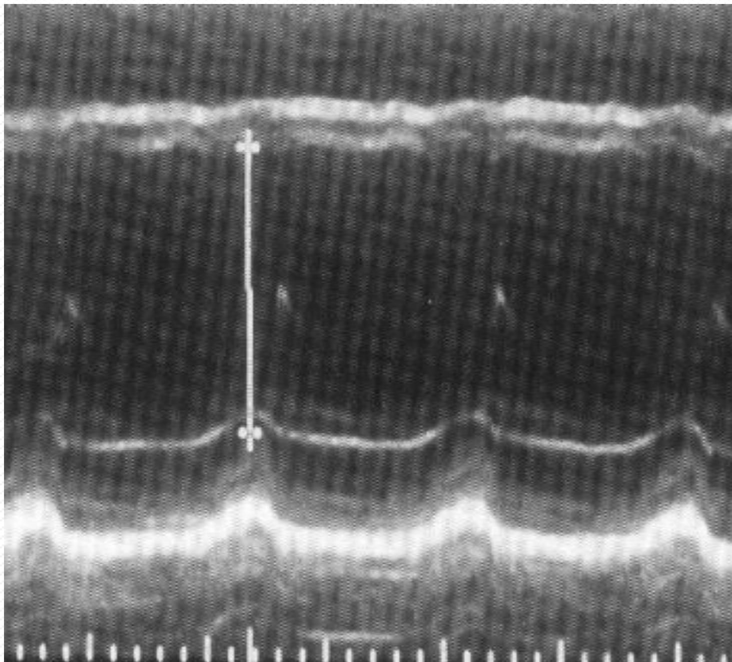
PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **Explorările paraclinice**
  - **Examenul de laborator**
    - **Markerii de leziunea miocardică:**
      - Troponinele cardiace T sau I sunt markerii preferaţi pentru evidenţierea necrozei miocardice (creșterea inițială peste 4 ore de la debutul simptomelor clinice)
      - Mioglobina, izoforme CK-MB, LDH
    - **Markerii ai activităţii inflamatorii:**
      - Proteină C-reactivă



PROTOCOL DE DIAGNOSTICARE A SCA

- **EcoCord**
  - Hipokinezia sau akinezia tranzitorie localizate în segmente ale peretelui ventriculului stâng
  - Fracţie de ejecţie a VS scăzută







PROTOCOL DE DIAGNOSTICAREA SCA

- **Angiografia coronariană urgentă** (indicaţiile: angina refractară sau recurentă asociată cu deviaţie ST în serie, insuficienţă cardiacă, aritmii fatale sau hemodinamică instabilă):
  - prezenţa stenozelor sau ocluziilor pe una, două sau trei arteriilor coronariene







EXEMPLE DE DIAGNOSTIC PREVENTIV

- Sindromul coronarian acut fără elevaţie ST. IC I Killip
- CI. Sindromul coronarian acut cu elevaţie ST în regiune inferioară a ventriculului stâng (data). IC III Killip
- CI. Sindromul coronarian acut cu elevaţie ST în regiunea anterioară extinsă a ventriculului stâng (data). Moartea subită cardiacă. Fibrilaţie ventriculară (data)



COMPLICAŢIILE

- Infarctul miocardic acut
- Urgență hipertensivă extremă
- Şocul cardiogen
- Franc edemul pulmonar acut
- Aritmiile cardiace:
  - Aritmiile supraventriculare
  - Aritmiile ventriculare
- Blocurile atrio-ventriculare
- Regurgitarea mitrală ischemică
- Ruptura septală interventriculară sau pereţiilor liberi a VS
- Moartea subită cardiacă



DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL

- Diagnosticul diferenţial în SCA se face cu:
  - **Afecţiunile cardiace:**
    - Miocardită
    - Pericardită
    - Miopericardită
    - Cardiomiopatie
    - Boli valvulare
    - Anevrismul apical (sindrom Tako-Tsubo)



DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL

- Diagnosticul diferenţial în SCA se face cu:
  - **Afecţiuniile pleuropulmonare:**
    - Embolia pulmonară
    - Infarctul pulmonar
    - Pneumonie
    - Pneumotorace
    - Pleurezii
  - **Afecţiuniile hematologice:**
    - Anemie
  - **Afecţiuniile vasculare:**
    - Disecţia de aortă
    - Anevrizmul de aortă
    - Coarctaţia aortică
    - Bolile cerebrovasculare



DIAGNOSTICUL DIFERENŢIAL

- Diagnosticul diferenţial în SCA se face cu:
  - **Afecţiuniile gastrointestinale:**
    - Spasmul esofageal
    - Esofagită
    - Ulcerul peptic
    - Pancreatită
    - Colecistită
  - **Afecţiuniile ortopedice:**
    - Discopatia cervicală
    - Fractura costală
    - Leziune/inflamaţie musculară
    - Costohondrite



OBIECTIVELE DE MANAGEMENT AL SCA

- Înlăturarea şi prevenirea episoadelor recurente de ischemie miocardică acută (forme dureroase şi silenţioase)
- Prevenirea instalării IMA şi Morţii subite cardiace
- Efectuarea tratamentului în Terapie intensivă sub controlul ECG în serie, monitorizării ECG şi enzimei cardiace specifice (troponine T sau I etc.)
- Tratamentul diferenţial în clasele de risc imediat al complicaţiilor cardiace nefavorabile:
  - tratament neinvaziv (farmacologic) în caz de risc scăzut
  - tratament invaziv (chirurgical) în caz de risc înalt



AGORITMUL DE TRATAMENT AL SCA

(după ERC, ILCOR, 2015)

ECG

↓

Pain relief: Nitroglycerin if SBP >90 mmHg ± morphine (repeated doses) of 3-5 mg until pain free

↓

Antiplatelet treatment:
150 to 300 mg acetylsalicylic acid chewed tablet (or IV)

↓

STEMI

PCI preferred if:
- timely available in 24/7 high volume center
- contraindication for fibrinolysis
- cardiogenic shock or severe left ventricular failure

Adjunctive treatment:
Antithrombins: Give enoxaparin, heparin or bivalirudin.
Antiplatelets: Ticagrelor, prasugrel* or clopidogrel may be considered

Fibrinolysis preferred if:
- inappropriate delay to PCI and no contraindications

Adjunctive treatment:
Antithrombins: Heparin, enoxaparin (or fondaparinux with streptokinase)
Antiplatelet: Clopidogrel

Non-STEMI ACS

Early invasive strategy#

Adjunctive treatment:
Antithrombins: Give heparin, enoxaparin or bivalirudin
Antiplatelets: Ticagrelor or clopidogrel may be considered

Conservative or delayed invasive strategy#

Adjunctive treatment:
Antithrombins: Give heparin or enoxaparin
(for patients with high bleeding risk: fondaparinux may be considered)
Antiplatelets: Ticagrelor or clopidogrel may be considered

** Increased intranial bleeding rates with prasugrel in pts. with a **history of stroke** or TIA, in pts > 75 years of age and <60 kg body weight*
According to stratification



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA CU ELEVAŢIA SEGM. ST

- Protecţia personalului
- Poziţia: în decubit dorsal cu ridicarea extremităţii cefalice la 40°
- Examenul primar
- Fluxul de **Oxigen** 8-10 l/min, SaO2 94-98%
  - **Nitroglicerină spray** 0,4 mg s.l. la fiecare 5-10 min, maxim în 3 prize
  - **Morfină** 4-8 mg i.v. lent, la fiecare 5-10 min (maxim 20 mg)
  - **Aspirină** 160-325 mg oral
  - **Clopidogrel** 300-600 mg oral

- Verificarea strategiilor de reperfuzie



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA CU ELEVAŢIA SEGM. ST

- **STRATEGIE DE REPERFUZIE** (in primele 2 ore după primul contact cu medic):
  - **Spitalul cardiologic specializat (serviciile 24 ore/7 zile):**
    - Angioplastie coronariană transluminală percutanată (ACTP)
  - **Serviciul AMU:**
    - Spitalizare în spitalul cardiologic specializat
    - În caz cînd nu este posibil ACTP:
      - Terapie fibrinolitică
  - **Spitalul cardiologic nespecializat:**
    - Spitalizare în spitalul cardiologic specializat
    - În caz când nu este posibil ACTP:
      - Terapie fibrinolitică

TERAPIA DE REPERFUZIE

RECOMANDĂRILE: CLASA I ȘI NIVEL DE EVIDENŢĂ: A (ESC, 2012)

- Terapia de reperfuzie este indicată la toţi pacienţii cu istoric de durere toracică/disconfort sub 12 ore asociată cu elevație a segmentului ST sau bloc de ramură stângă nou/ presupus nou pe ECG

- **ACTP primar:**
  - Terapia de preferat dacă este realizată de o echipă cu experienţă în mai puţin de 90 minute după primul contact medical

- **Tratament fibrinolitic:**
  - În absenţa contraindicaţiilor şi dacă ACTP primară nu poate fi realizată în mai puţin de 90 minute de la primul contact medical de către o echipă experimentată, reperfuzia farmacologică ar trebui iniţiată cât mai precoce. Alegerea agentului fibrinolitic depinde de raportul beneficiu-risc, disponibilitate şi cost



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA CU ELEVAŢIA SEGM. ST

- **STRATEGIE DE REPERFUZIE:**
  - **Terapia fibrinolitică:**
    - **Streptokinază** 1,5 mln U i.v. în perfuzie, diluată cu ser fiziologic 100 ml, în 30-60 min sau
    - **Alteplase** 15 mg i.v. în bolus, urmat 0,75 mg/kg (maxim 50 mg) i.v. în perfuzie în 30 min şi în continuare 0,5 mg/kg (maxim 35 mg) în perfuzie în următoarele 60 min, sau
    - **Reteplase** 10 U i.v. în bolus în 2 min, rebolus în aceeaşi doză peste 30 min, sau
    - **Tenecteplase** i.v. în bolus: 30 mg - m.c. sub 60 kg; 35 mg – 60 până la 70 kg; 40 mg – 70 până la 80 kg; 45 mg - 80 până la 90 kg şi 50 mg cu m.c. egal sau peste 90 kg



CONTRAINDICAŢIILE FIBRINOLIZEI
(ESC, 2012)

- **Absolute**
  - AVC hemoragic sau AVC de cauza neclară în antecedente (indiferent de vechime)
  - AVC ischemic în ultimele 6 luni
  - Leziuni SNC sau neoplasme
  - Intervenţii majore ortopedice/chirurgicale sau traumatisme craniene importante în ultimele 3 săptămâni
  - Hemoragia gastro-intestinală în ultima lună
  - Discraziile sangvine cunoscute
  - Disecţia de aortă



CONTRAINDICAŢIILE FIBRINOLIZEI
(ESC, 2012)

- **Relative**
  - Accident ischemic tranzitor în ultimele 6 luni
  - Terapia anticoagulantă orală
  - Sarcina sau prima săptămână post-partum
  - Puncţiile în zone necompresibile
  - Resuscitarea traumatică
  - HTA refractară (TA sistolică >180 mm Hg)
  - Boli hepatice avansate
  - Endocardita infecţioasă
  - Ulcerul peptic activ



STRATEGIE INVAZIVĂ URGENTĂ

Stent

Narrowed artery

Coronary artery

Rotational burr

Heart

Ba

PTCA + plasarea dilatatorului

PTCA: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty

Arteriectomia : “macină” plăcile

Medicul va introduce un cateter în partea obturată sau îngustată a arterei, un balon dezumflat, care are la capăt un fir, va fi trecut prin cateter către zona îngustată. Balonul este apoi umflat pentru a dilata zona îngustată și a comprima depozitele existente pe pereții arterelor. Se va monta și un stent care are rolul de a menține artera deschisă.



CONTRAIDICAȚIILE PENTRU ANGIOGRAFIA CORONARIANĂ, ANGIOPLASTIE ȘI STENTARE

(ESC, 2012)

- Hipertensiunea arterială necontrolată medicamentos
- Aritmiile ventriculare
- Anemiile severe
- Accidentul vascular cerebral acut
- Insuficienta cardiaca decompensata, edem pulmonar acut
- Intoxicația cu digitalice
- Bolile febrile
- Endocardita septică



CONTRAIDICAȚIILE PENTRU ANGIOGRAFIA CORONARIANĂ, ANGIOPLASTIE ȘI STENTARE

(ESC, 2012)

- Coagulopatiile severe
- Insuficiența renală acută și cronică decompensată (creatinină peste 150 mmol/l)
- Insuficiența hepatică acută
- Diabetul zaharat decompensat
- Hemoragia gastrointestinală acută, boala ulceroasă în acutizare
- Reacția alergică la substanța de contrast, alergie la iod
- Psihoză acută
- Diselectrolitemiile severe
- Sarcina



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA FĂRĂ ELEVAŢIA SEGM. ST

- Protecţia personalului
- Poziţia: în decubit dorsal cu ridicarea extremităţii cefalice la 40°
- Fluxul de **Oxigen** 4-8 l/min, SaO2 > 90%
- **Nitroglicerină spray** (Nitroglicerină) 0,4 mg (0,5 mg) s.l. la 5-10 min, maxim în 3 prize sau
- **Nitroglicerină** 10-20 µg/min i.v. în perfuzie (maxim 200 µg/min)
- **Morfină** 3-5 mg i.v. lent
- **Aspirină** 160-325 mg oral
- **Clopidogrel** 300-600 mg oral
- **Fondaparinux (Arixtra)** 2,5 mg s.c. sau
- **Enoxaparin** 1 mg/kg s.c., sau
- **Heparină** 60-70 U/kg (maxim 5000 U) i.v., în bolus, urmat 12-15 U/kg/oră, maxim 1000 U/oră, i.v., în perfuzie



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA FĂRĂ ELEVAŢIA SEGM. ST

- **Măsurile terapeutice secundare:**
- **Vereficarea strategiilor de management:**
  - **Strategie conservativă:**
    - Nu sunt dureri toracice recurente
    - Nu sunt semne de insuficienţă cardiacă
    - Nu sunt modificări ECG iniţial şi în serie peste 6 şi 12 ore
    - Nu sunt creşterii troponinelor iniţial şi peste 6-12 ore
  - **Strategie invazivă urgentă:**
    - Angina persistentă sau recurentă cu sau fără modificarea ST($\geq$ 2 mm) sau inversia T rezistente la tratament antianginal
    - Simptome clinice de insuficienţă cardiacă sau instabilitatea progresivă a hemodinamicii (şoc)
    - Aritmiile fatale: fibrilaţie ventriculară, tahicardie ventriculară



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

Tahiaritmia cu complexele QRS înguste, ritmul regulat sau neregulat, hemodinamica stabilă:

- **Metoprolol** 2,5 - 5 mg i.v. în 2 min până la 3 prize sau
- **Propranolol** 0,15 mg/kg i.v.



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Tahiaritmia cu complexele QRS largi, ritmul regulat, hemodinamica stabilă:**
  - **Lidocaină** 0,5-0,75 mg/kg i.v. în bolus sau
  - **Amiodaronă** 150 mg i.v. în 10 min, în caz de aritmie recurentă: 150 mg i.v. în 10-30 min (maxim 900 mg /24 ore), doza de întreţinire 1mg/min în perfuzie în primele 6 ore, urmat 0,5 mg/min în perfuzie



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Tahiaritmia cu hemodinamica instabilă:**
  - Cardioversie electrică urgentă



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Bradicardie sinusală asociată cu hipotensie; bloc atrioventricular gr.II, tip II Möbitz sau atrioventricular gr.III cu hipotensiune sau insuficienţă cardiacă:**
  - **Atropină** 0,5 mg i.v. în bolus, rebolus în aceeaşi doză la 3-5 min până la doza totală 1,5-2 mg (maxim 0,04 mg/kg)
- In caz de prezența hipotensiunii arteriale:
  - **CEA temporară** sau
  - **Epinefrină** 2-10 µg/min i.v. în perfuzie



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Insuficienţă cardiacă III Killip:**
  - Fluxul de **Oxigen** 8-10 l/min, SaO2 94-98%
  - **Furosemid** 0,5-1 mg/kg i.v. în bolus sau 5-40 mg/oră în perfuzie
  - **Nitroglicerină spray** 0,4 mg s.l., la fiecare 5 min, maxim în 3 prize
  - **Morfină** 3 mg i.v. lent sau 5 mg s.c.



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Insuficienţă cardiacă IV Killip:**
  - Fluxul de **Oxigen** 8-10 l/min, SaO2 94-98%
  - Suportul ventilator mecanic conform datelor de saturaţia gazelor sanguine
  - TA sistolică 85 -100 mmHg:
    - **Dobutamină** 5-20 µg/kg/min i.v. în perfuzie.
  - TA sistolică sub 85 mmHg:
    - **Dopamină** 5-20 µg/kg/min i.v. în perfuzie şi/sau
    - **Norepinefrină** 0,5-1 µg/min i.v. în perfuzie (maxim 30 µg/min)

  - Asistenţa cu dispozitivul mecanic



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

- **Urgenţă hipertensivă extremă:**
  - **Nitroglicerină spray** 0,4 mg s.1. la 5-10 min, maxim în 3 prize sau
  - **Nitroglicerină** 5-100 μg/min i.v. în perfuzie, sau
  - **Metoprolol** 5 mg i.v. în bolus, rebolus la 5 min (maxim 15 mg), sau
  - **Esmolol** 50-300 μg/min i.v. în perfuzie, sau
  - **Labetalol** 50 mg i.v. în bolus, rebolus la fiecare 15 min (maxim 300 mg)



PROTOCOL DE MANAGEMENT AL SCA COMPLICAT

Moartea subită cardiacă:

- Protocol de RCRC



CRITERIILE DE STABILIZARE A BOLNAVULUI

- Ameliorarea stării generale a bolnavului
- Bolnavul conştient, liniştit, răspunde adecvat la întrebări
- Sindrom dureros este calmat
- Normalizarea indicellor hemodinamicii: stabilizarea tensiunii arteriale sistolice la nivelul 90-100 mmHg şi mai mare la hipertensivi
- Stabilizarea ritmului cardiac în limetele 50-110/min
- Stabilizarea frecvenţei respiratorie în limetele 12-25/min
- Temperatură corporală cetrală este în limetele normale



CONDIŢIILE DE SPITALIZARE



- Vor fi spitalizaţi de urgenţă toţi bolnavii după stabilizarea indicilor vitali.
- Transportarea bolnavilor va fi cruţătoare, în poziţie cu ridicarea extremităţii cefalice cu 40°.
- **Supravegherea pacientului în timpul transportării:**
  - Stare de conştienţă
  - Coloraţie tegumentelor
  - Auscultaţie cardio-pulmonară
  - Control: Ps, TA, FR
  - Monitorizarea ECG, SaO_2
  - Oxigenoterapia continuă
  - Perfuzia intravenoasă continuă
- Bolnavii sunt spitalizaţi în departamentul de terapie intensivă pe lîngă departamentul de Cardiologie sau în departamentul de Anestezie şi terapie intensivă.

